

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 193

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Maurice, Albert LEBLANC

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 16 Avril 1926 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le

**LA PATHOLOGIE RHINO - PHARYNGÉE
ET SON IMPORTANCE MÉDICO-SOCIALE**

Président : Monsieur AUBIN (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI*

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice, Albert LEBLANC

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 16 avril 1926 à P A R I S

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

LA PATHOLOGIE RHINO-PHARYNGEE
ET SON IMPORTANCE MEDICO-SOCIALE

-:-

Président : Monsieur AUBIN (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur. { Hôtel-Dieu	BROCQ
{ Broussais	G.d'ALLAINES
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique)	{ MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie)	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées) et syphilitiques)	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux)	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
Cliniques Médicales	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. théér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL	Pat. Chir.	(DUBOST
	(DEBEYRE		(FAUREL
	(DELMAS		(FLABEAU
Ana. Path.	(OLIVIER G.		(GERMAIN
	Melle GAU-		(GOSSET
	(THIER V.		(LAURENCE
Bactério- logie	(BUSSE	Pat. expé- riment.	(LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		(MATHEY
	(CHRISTOL		(OLIVIER (Cl)
Biol. méd.	(NEVOT	Pat. expé- riment.	(POILLIEUX
	(BOURLIERE		(THOMERET
	(ETTORI		(VERNE (J M)
Chimie méd.	(POLONOVSKI J	Pat. méd.	(MAURICE
Dermato-syphil.	DUPERRAT		(LOEPER
Embryologie	TUCHMANN		(BOUVIER
Histologie	(BULLIARD	Pat. méd.	(BOUDIN
	(COUJARD		(BRICAIRE
	(N...		(BRISAUD
Hydrologie	CORNET	Pat. méd.	(CASTAIGNE
Hygiène	(BOYER		(CONTE
	(DEPARIS		(DEROT
	BASTIN		(DOMART
Mol. infect.	BASTIN	Pat. méd.	(LAMOTTE
Médecine)	(DEROBERT		(LAROCHE
légale et	(GAULTIER		(MACREZ
du Trav.)	(HADENGUE	Pat. méd.	(MILLIEZ
Neurochir.	DAVID		(PEQUIGNOT
Neurologie	LHERMITTE		(PERRAULT
	(GRASSET	Pat. méd.	(RAMBERT
	(LE LORIER		(ROYER
Obstétrique	(LEPAGE		(THIEFFRY.
	(MERGER	Pat. méd.	(TURIAF
	(MORIN		(WOLFRAMM
Ophtalmo- logie	(RAVINA		(JOSEPH
	(ROBEY	Pédiatrie	(POLONOVSKI Cl.
	(BREGEAT		(MOZZICONACCI
Orthopédie	(DESIGNES	Pharmacol.	(Melle LEVY
Oto-rhino- laryngo.)	(JUDET		(CHEYMOL
Parasito.	(AUBRY		(BARGETON
	(MADURO	Physiol.	(DEJOURS
	(BRUMPT		(PARROT
Parasito.col.	CHABAUD	Physique médicale	(DJOURNO
Pat. chir.	(ABOULKER		(GOUGEROT
	(BARCAT		(Pneum. phtis. KREIS
	(BAUMANN		
	(CAUCHOIX		

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mèl.	HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires. LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père,

le Docteur Albert LEBLANC

Médecin des Hôpitaux

Qui a su être à la fois un
médecin éminent et un
chercheur passionné.
Sa vie reste pour moi un
exemple.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur A. AUBIN

Professeur de la Chaire de Clinique
oto-rhino-laryngologique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur HOUDARD
Monsieur le Docteur BENOIT
Monsieur le Professeur PARAF
Monsieur le Docteur Maurice DEBRAY
Monsieur le Professeur DONZELOT
Monsieur le Professeur MOREAU
Monsieur le Professeur CATHALA
Monsieur le Professeur BINET
Monsieur le Professeur de GENNES
Monsieur le Professeur DEGOS
Monsieur le Docteur MASPETIOL
Monsieur le Professeur Agrégé RAVINA

LA PATHOLOGIE RHINO-PHARYNGEE
ET SON IMPORTANCE MEDICO-SOCIALE



- I -

INTRODUCTION

- :-

L'atteinte du rhino-pharynx est extrêmement fréquente, en particulier chez l'enfant, et le médecin est appelé à voir journellement des inflammations banales, bénignes, mais qui, entraînant un état de malaise important, et susceptibles d'être à l'origine de complications graves, ne sauraient être négligées.

En particulier, la rhinopharyngite banale, le coryza, ne saurait laisser le praticien indifférent. Et au seuil de notre carrière médicale, nous nous sommes demandé quelle devait être l'attitude du médecin devant une affection aussi répandue que bénigne.

Nous avons alors recherché dans la littérature médicale française et étrangère, ce qui avait été consacré au "rhume banal", à la rhinopharyngite évoluant sans complications. Sujet mince, dira-t-on, surtout si l'on évoque les plaisanteries faites à l'égard d'une affection mineure qu'aucun traitement médical n'a réussi à juguler.

En réalité, il semble que l'on ne soit pas aussi désarmé que l'on veut bien le dire en face du coryza banal. De plus en plus, actuellement, la médecine s'oriente davantage vers la prévention, prévention de la maladie, prévention de ses complications ; on tient chaque jour davantage compte du retentissement individuel et social de la maladie, cause de visites médicales, d'hospitalisations, d'absences.

On n'a pas consacré de grands développements au coryza banal, tout au moins dans notre pays. Il semble, par contre, que les Anglo-Saxons y aient attaché plus d'importance, sur le plan médico-social et prophylactique en particulier. Les Français se sont davantage attachés à préciser les complications de cette affection, et les moyens sinon d'éviter le coryza, au moins d'en faire avorter l'évolution, et de prévenir ses complications locales et générales.

Ces réflexions ont eu pour nous la conséquence de nous décider à consacrer notre thèse à cette question du coryza, sujet beaucoup moins mince qu'il n'apparaît tout d'abord. Pour le médecin débutant, en premier lieu, il est intéressant de préciser l'attitude à adopter devant un malade atteint de cette affection. S'abstenir complètement d'intervenir est un geste difficile à réaliser, car le coryza comporte une symptomatologie souvent pénible qu'il est possible de soulager par des moyens palliatifs. Il comporte également un potentiel de complications qu'il faut savoir prévenir. Quant au traitement curatif, il ne semble guère exister actuellement, mais ici encore le médecin doit intervenir pour interdire à son malade

l'emploi inconsidéré de médicaments plus ou moins inopérants, voire nocifs, quand ce ne serait que par les faits de résistance qu'ils peuvent entraîner lorsqu'il s'agit d'antibiotiques par exemple, ou par les réactions d'irritation lorsqu'il s'agit de vasoconstricteurs mal choisis ou mal utilisés.

°°°

Par ailleurs, la répétition de coryza banal chez un même sujet traduit un état anormal ou pathologique des voies aériennes supérieures, et commande un examen otorhinolaryngologique minutieux effectué par un spécialiste. Le filtre nasal a une fonction à accomplir, essentielle, et doit être conservé en bon état. Au cours des "rhumes", la muqueuse devient incapable d'assurer sa tâche, l'obstruction nasale oblige à une respiration buccale absolument anti-physiologique. La flore microbienne saprophyte risque de s'enrichir d'éléments pathogènes, entretenant ensuite des foyers responsables, dans leur chronicité, de ces "infections focales" si discutées, mais dont la réalité paraît chaque jour plus nette. Une récente réunion de la Société d'Hydrologie médicale de Paris avait inscrit à son ordre du jour la question du retentissement des infections rhinopharyngées en pathologie générale, dans les affections cardiovasculaires et rénales. En rhumatologie, et en particulier dans la maladie de Bouillaud, dans les endocardites malignes lentes, dans les néphrites, dans maintes affections allergiques, dans l'épidémiologie de maintes maladies infectieuses, dans la poliomyélite en particulier, la porte d'entrée rhinopharyngée, les foyers latents persis-

tant à ce niveau, ont été maintes fois mis en cause à juste titre.

Il semble donc qu'il y aurait intérêt à reconsidérer le coryza banal, à éduquer le public pour qu'il adopte une attitude rationnelle, renonçant aux traitements choisis dans l'arsenal du pharmacien, mais sans pour cela non plus faire du "rhume" banal une cause excessive d'appels au médecin et d'absentéisme au travail.

Nous nous proposons donc ici d'envisager successivement :

- l'aspect médico-social du problème, pour lequel nous ne disposons malheureusement que de statistiques étrangères ; il semble en effet - et cela peut trouver des explications climatiques - que les pays Anglo-Saxons aient à tenir compte du point de vue économique et sanitaire, du "coryza" qui prend en hiver des proportions épidémiologiques considérables ;

- l'aspect épidémiologique, transmission, nature et rôle du virus, intervention de facteurs autres que le virus, qui ne semble pas seul en cause ;

- l'aspect thérapeutique, enfin , qui comporte :

- un traitement préventif ; on a même envisagé une vaccination prophylactique ;

- un traitement abortif, sans doute le plus rationnel ;

- un traitement palliatif, également utile ;

- un traitement curatif, qui ne semble pas avoir encore été obtenu, et qui donne lieu à des recherches encore en cours.

- : -

- II -

ASPECT MEDICO-SOCIAL

—:—

La morbidité et la mortalité par maladies contagieuses ont été étudiées récemment aux Etats-Unis par Th. J. BAUER, qui montre que sur dix décès, l'un au moins est dû à une maladie contagieuse, et par conséquent aurait pu être évité. Si l'on base ces chiffres sur les sujets jeunes, de moins de 35 ans, cette proportion s'élève à 1 sur 4, pour être chez les adultes de plus de 35 ans, à 1 sur 12.

La mortalité n'est pas le seul élément à imputer aux maladies contagieuses ; les journées de maladie, d'hospitalisation, d'abstentéisme, constituent des conséquences importantes de la transmission d'affections graves ou bénignes.

En ce qui concerne le coryza banal, considéré comme l'une des infections les moins graves, il faut cependant le considérer comme à l'origine de bien des troubles et inconvénients chez l'homme, et comme provoquant une énorme perte économique.

Le "rhume banal" n'est pas déclaré, aussi son appréciation médico-sociale est-elle assez empirique. BAUER n'en calcule pas moins que sur 60 millions de travailleurs aux Etats-Unis, on peut admettre un jour d'absence par tête et par an, ce qui donne déjà l'équivalent de 230.769 années de travail pour toute la population au cours d'une vie moyenne. Autrement dit, par an, il faut supprimer 250.000 travailleurs dans le rendement global de la nation.

En calculant le gain annuel moyen des travailleurs sur la base de 25.000 dollars, on arrive à une perte annuelle totale de plus de 500 millions de dollars, exactement 576.922.500 dollars.

Dans une autre statistique, britannique celle-là, nous voyons calculé le nombre de visites imposées au médecin par le coryza banal. Selon cette enquête, c'est là la cause la plus fréquente de l'appel au médecin. Cette enquête se fonde en particulier sur l'histoire clinique de huit médecins de famille pendant douze mois, un malade sur huit de ces clientèles ayant été soigné pour coryza. Sur un total de près de 28.000 malades, 1.485 hommes et 2.079 femmes ont été vus pour cette raison. Au total, 6.920 consultations ont été motivées pour un coryza banal qui, avec les bronchites, gripes et autres affections respiratoires, représente une forte proportion des appels et consultations.

Et comme en Grande-Bretagne, la médecine est fortement étatisée, on comprend que ces consultations pour rhume banal représentent une charge importante que les Pouvoirs Publics désireraient voir disparaître, au moins diminuer.

III

EPIDEMIOLOGIE

•

Des recherches sur l'animal, des épreuves de laboratoire in vitro et in vivo, enfin des expériences réalisées chez des volontaires, des observations faites en clinique, il ressort que le rhume banal est hautement contagieux ; en particulier, il est possible de le transmettre d'homme à homme par l'instillation nasale de filtrats stérilisés, débarrassés de tout germe infectieux et obtenus à partir de lavage nasal infectant.

Cette constatation n'apporte d'ailleurs guère d'éclaircissement sur la manière dont se transmet le coryza dans les conditions naturelles, spontanées.

C'est pourquoi sans doute LOVELOCK et ses collaborateurs ont entrepris une étude sur la transmission naturelle du coryza en utilisant les sécrétions prélevées sur les sujets atteints. En particulier, ces auteurs ont entrepris deux séries d'expériences comparatives chez des volontaires, afin d'établir si l'infection par exposition aux gouttelettes était supérieure ou

inférieure à l'infection par contact direct avec le matériel infectant.

Sur 25 volontaires soumis à l'exposition de gouttelettes infectées, deux seulement ont eu ultérieurement un coryza ; sur 32 volontaires exposés au contact direct, trois contractèrent le coryza ; et sur 25 volontaires mis dans un milieu infecté, deux encore ont eu un coryza.

Dans certaines de ces expériences, le donneur a été un enfant, mais il ne semble pas que l'enfant donne lieu à plus de contamination que l'adulte. Des recherches sur des brouillards artificiels de particules infectées ont montré que le virus du coryza banal peut survivre dans la pulvérisation ; un microbrouillard de gouttelettes infectées peut fort bien contaminer plusieurs personnes qui y sont exposées.

Par contre, il ne semble pas y avoir contagiosité dès que l'on s'adresse aux régions extra-nasales. En utilisant le mouchoir d'un sujet atteint, les volontaires n'ont pas contracté de coryza, ce qui laisse à penser que le virus ne survit pas longtemps à l'état sec ; car aucun coryza n'a été transmis avec des mouchoirs utilisés 24 heures auparavant.

Pour vérifier cette hypothèse, certains volontaires ont utilisé du matériel infecté séché et humidifié au moment du contact expérimental : aucun coryza n'est survenu chez les volontaires, au nombre de dix, exposés à des mouchoirs souillés et secs, mais deux fois un coryza est survenu parmi les neuf volontaires ayant utilisé du matériel humidifié. Le petit nombre d'expériences réalisées ne permet évidemment pas de

conclusions définitives, mais tout permet de penser que le virus ne survit pas à la dessiccation.

Quelles sont les opinions actuelles sur le virus du coryza banal ? Le virus est-il à lui seul responsable de la transmission de l'affection ?

Pour répondre à la première question, indiquons que longtemps le virus du rhume banal s'est montré récalcitrant à la culture en laboratoire. Depuis 1946, une équipe de chercheurs de l'Hôpital de Harvard, dans le Salisbury, à la tête de laquelle se trouve C.K. ANDREWES (dont les recherches sur le virus de la grippe font autorité) s'est efforcée d'obtenir des cultures de virus sur oeuf embryonné ou sur des tissus. On est bien arrivé à inoculer chez des volontaires le coryza banal à partir de sécrétions nasales de sujets infectés, mais aucun test comme pour le virus de la grippe, n'a été jusqu'ici découvert pour témoigner de la réussite d'une inoculation ou d'un passage ; aucune action cytologique comme pour le virus de la poliomyélite n'a pu être décelée. Dans leurs récentes recherches, ANDREWES et ses collaborateurs ont exposé leurs résultats obtenus sur des cultures de tissu pulmonaire humain provenant d'embryons de moins de seize semaines. Cinq fragments de tissu ont été placés chacun dans un tube à essai garni de plasma et auquel on a ajouté 1 cc de liquide de culture, consistant en 90 pour 100 de liquide amniotique bovin filtré sur Seitz, 5 pour 100 d'extrait embryonnaire bovin et 5 pour 100 de sérum de cheval normal ; à ce mélange ont été ajoutées de la pénicilline, de la streptomycine avec un total de 100 U et pour la strepto-

mycine 0 mg,l et 0,002 mg de rouge phénol. Les tubes ont été placés à 37° dans un tambour avec une rotation de 14 tours en une heure. Toutes les cultures utilisées pour les passages étaient vieilles d'au moins trois jours.

On a pratiqué une série de passages en commençant par l'inoculation du lavage nasal non filtré provenant d'un sujet atteint de coryza typique banal, non fébrile. Le matériel ainsi obtenu a provoqué sur 130 volontaires treize coryzas typiques, soit une proportion de 10 pour 100 ; aucun des 61 volontaires inoculés avec des cultures non infectées n'a présenté de coryza. Cette affection a été provoquée jusqu'au dixième passage de culture, ce qui montre que le virus avait survécu à 37° pendant trente cinq jours, et qu'il avait subi une dilution de 10^{-5} . Le matériel de culture a encore été dilué dans la proportion de 1/5 avant d'être expérimenté. Il existe donc des preuves convaincantes que le virus s'est multiplié dans les cultures. ANDREWES arrive à la conclusion suivante :

le mode de transmission du virus du coryza banal en culture ne donnera, ainsi étudié sur des volontaires, que des indications de peu de valeur ; il faut trouver d'autres moyens de prouver la présence du virus, que celui employé par des expériences d'inoculation sur des volontaires. L'étude du coryza entrera dans une phase nouvelle le jour où des méthodes microbiologiques et des recherches effectuées avec le microscope électronique seront appliquées à ce problème.

On peut donc attendre beaucoup des travaux de l'avenir en ce qui concerne le

virus du coryza banal. Mais la transmission de la maladie, ses caractères anatomo-cliniques, sont-ils conditionnés exclusivement par le virus ?

JEHL a tout dernièrement fait le procès de ceux pour qui dans cette affection, le virus assume un rôle exclusif, et leur reproche de négliger maints autres facteurs essentiels, favorisants, déclenchants ou adjuvants, pour lui tout aussi importants.

JEHL cite des observations d'enfants atteints de coryza banal, guéri de façon spectaculaire et accéléré lorsque le lait a été remplacé par un mélange à base de soja.

D'autres enfants sont atteints de six ou huit "rhumes" en hiver, et demeurent indemnes entre mai et octobre. Dès que le temps se remet au froid, les rhumes commencent. A quoi cela peut-il être dû ? Au surchauffage des habitations, ce qui entraîne une dessiccation dangereuse de l'air, aux bacilles et virus, à une mauvaise aération, ou encore aux irritations répétées qu'exercent sur les tissus des voies respiratoires supérieures les poils de nombreux animaux qui sont si nombreux dans nos maisons. Il faut reconnaître les rapports parfois troublants entre les aliments et les substances gazeuses inhalées, et les rhumes des foin et coryzas banaux.

A la période catarrhale aiguë du coryza, les tissus respiratoires sont oedématisés, ce qui facilite l'envahissement par la flore microbienne normale rhinopharyngée saprophyte. La prolifération microbienne

ainsi favorisée risque d'entraîner des symptômes dont la gravité dépasse bientôt celle du rhume banal, fièvre, formation de collections purulentes au niveau des amygdales, des végétations adénoïdes, de l'oreille moyenne.

Mais si le petit malade est protégé par des allergènes, il n'entre jamais dans la phase de prolifération microbienne, reste au stade catarrhal. Le rhume évolue sur le mode bénin, sans complications.

°°°

Ainsi, l'observation courante prouve la contagiosité du coryza banal, mais encore faut-il que le virus rencontre pour se développer et devenir pathogène, des conditions favorisantes, aussi bien externes qu'internes. Il est hors de doute que d'autres facteurs interviennent, puisque l'inoculation expérimentale directe, réalisée dans les conditions optimales, n'assure la transmission de la maladie que dans 10 pour 100 des cas au plus.

C'est pourquoi le traitement du coryza banal est avant tout préventif, ensuite abortif, enfin palliatif : car, nous allons le voir, il est rarement curatif.

- :-

- IV -

TRAITEMENT

—:—

Des nombreuses variétés de thérapeutiques ont été proposées, dans le but de lutter contre les symptômes du coryza banal. Malheureusement trop souvent ces préparations font l'objet d'une publicité intempestive, et le profane croit bien faire en soignant les inflammations rhinopharyngées par des moyens symptomatiques aux effets réels, mais transitoires, palliatifs, et parfois nocifs.

De nombreuses observations de pneumonie huileuse ont été publiées, ces dernières années, qui sont dues à des instillations répétées, dans les fosses nasales, de préparations à base d'huile, que des mères animées de bonnes intentions, effectuaient à longueur d'année, ou au moins d'hiver, pour prévenir le coryza de leur enfant. Les adultes effectuent d'ailleurs sur eux-mêmes des traitements justifiés à l'origine, mais dont la répétition comporte des risques.

Accumulation d'huile dans les voies respiratoires, mais plus simplement irritation

de la muqueuse rhinopharyngée, par des instillations vasoconstrictrices renouvelées, administration, à l'aveuglette, de solutions, pommades, pastilles renfermant des antibiotiques qui ou bien agissent, et l'on peut se demander ce que devient la flore rhinopharyngée normale sous cette attaque massive et répétée, ou bien demeurent inopérants, donc inutiles, et peut-être même à l'origine d'une sensibilité dangereuse à la reprise d'un vrai traitement antibiotique, ou d'une résistance microbienne non moins gênante pour l'avenir.

Il nous semble que l'éducation du public, par la voix des médecins, reste à faire dans ce domaine particulier.

Appelé auprès d'un enfant, d'un adulte, atteint de coryza banal, que doit alors faire le médecin ?

Tout d'abord, se renseigner par un interrogatoire adroit, sur la fréquence des épisodes rhinopharyngés, sur leur gravité, leur évolution habituelle ; et aussi, sans doute, sur différents détails du mode de vie du malade, qui peuvent révéler des conditions défavorables d'hygiène susceptibles d'expliquer la répétition des accidents. Naturellement un premier examen rhinopharyngé, s'il montre quelque anomalie, sera répété par un spécialiste averti. Certes, si l'objectif principal est le traitement préventif, il ne faut pas se dissimuler qu'il n'est pas toujours facile. Et cependant il est primordial et ne doit pas être négligé. Il faudra en premier lieu supprimer toutes les causes d'obstruction nasale, chez l'enfant ce peut être des végétations adénoïdes, chez

l'adulte une malformation de la cloison, une hypertrophie des cornets, à tous les âges, un foyer de sinusite latente, révélée par la diaphonoscopie et la radiographie du squelette de la face. Chez les sujets qui contractent facilement le coryza banal, il faut savoir éviter les contacts et chez le nourrisson, assurer un isolement rigoureux.

Dans les formes récidivantes, il faut savoir recourir à des traitements généraux qui réaliseront ultérieurement une véritable prévention des rechutes. Chez l'adulte, qui souvent présente des stigmates dits de la série arthritique, il faudra par des exercices physiques, par l'hydrothérapie, combattre son habituelle frilosité ; les muqueuses seront tonifiées par des cures sulfureuses, des badigeonnages répétés au tanin, au nitrate d'argent, par des galvano-cautérisations légères. Chez l'enfant au terrain arthritique, l'ablation des végétations adénoïdes n'empêche pas le retour des coryzas. Il faut alors tenter de modifier le terrain, par une cure vitaminocalcique, arsenicale, par le sirop iodotannique, qui conserve tous ses droits, par une cure hydrominérale, à La Bourboule, à Saint-Honoré.

Chez les sujets à coryza banal répété, FOX et LIVINGSTON trouvent fréquemment des manifestations d'allergie. Pour eux, le coryza banal au début est certainement une crise de rhinite allergique aiguë, avec comme agent déterminant, la protéine du virus grippal. Aussi les auteurs ont-ils tenté - et réussi, semble-t-il - de désensibiliser les sujets présentant des coryzas à répétition, en utilisant une vaccination anti-virus grippal. L'effet

de cette vaccination s'est prolongé pendant six mois au cours desquels les rhumes avaient totalement disparu.

On a proposé d'utiliser dans les locaux scolaires les rayons ultra-violet, les dégagements d'ozone, dans le but de prévenir l'éclosion et la propagation d'épidémies de coryza.

Plus intéressant sans doute serait un traitement abortif efficace. Nous employons le conditionnel, car un tel traitement reste encore à trouver. Il est possible qu'en gardant le malade au chaud, au lit, l'évolution se fasse sur le mode bénin et accéléré. Mais il est difficile de comparer cette évolution avec le cours spontané de la maladie, assez capricieux, d'un malade à l'autre et pour un même malade, d'un coryza à l'autre.

A. LEMARIEY indiquait récemment qu'il existait d'une part des recettes miraculeuses très nombreuses - chacun ne possède-t-il pas la sienne ? - et inopérantes. On a préconisé des inhalations de chloroforme, d'acétone, d'ammoniaque phéniquée, d'essences balsamiques diverses. Mais on a aussi entendu parler des accidents d'irritation, téguments de la face, muqueuse nasale, ainsi provoqués. L'action est alors exactement à l'inverse de celle qui a été recherchée, puisqu'irritée, la muqueuse rhino-pharyngée intensifie sa réaction inflammatoire et aggrave l'état local du malade ; en perdant en outre tout moyen de défense naturelle, elle devient vulnérable aux infections et donc aux complications qui n'auraient sans doute pas eu lieu sans ce "traitement abortif" malencontreux.

Le spécialiste possède différents moyens susceptibles parfois de faire avorter le coryza aigu : application d'air chaud au niveau de la muqueuse nasale, diathermie rayons infra-rouges surtout ; mais il faudrait, pour que de telles mesures agissent, consulter dès les premiers symptômes, avant même la période catarrhale. Et qui consulte jamais un spécialiste au début d'un rhume de cerveau ? (LEMARIEY)

Les seules mesures vraiment efficaces sont palliatives. A sa période d'état, le coryza crée un état de malaise local bien connu, dominé par l'obstruction nasale, les phénomènes de congestion de voisinage, l'irritation des téguments, la sécheresse du pharynx. Il est donc possible d'intervenir efficacement à cette phase, pour limiter les lésions et même les faire régresser. Si nous avons jugé sévèrement plus haut les substances vasoconstrictrices appliquées inconsidérément, nous pouvons reconnaître que l'obstruction nasale et la congestion des muqueuses et des téguments seront calmées transitoirement par des instillations, des pulvérisations endonasales répétées quatre à six fois par jour, en utilisant des solutions huileuses, mais plutôt aqueuses, de médicaments ischémifiants. La privine à 1 pour 1.000, l'éphédrine à 1 pour 100, l'adrénaline à 1 pour 3.000, la cocaïne à 1 pour 100, assureront un soulagement de quelques instants qui permettra par exemple l'endormissement d'un enfant, et assurera ainsi souvent le repos de toute la nuit. L'introduction dans chaque narine d'une petite quantité de pommade balsamique, mentholée, les inhalations chaudes, auront une action subjective appréciée du malade.

L'écoulement incessant irrite les narines et provoque des érosions narinaires et aussi labiales. Il faut éviter la constitution de ces douloureuses lésions en appliquant préventivement - puis curativement si les érosions se produisent néanmoins - une pommade à l'oxyde jaune de mercure, au titane, à l'oxyde de zinc. De telles lésions muco-cutanées risquent en effet d'évoluer vers l'impétiginisation.

Dans le même ordre de mesures palliatives, on recommandera au malade de ne pas renifler, de ne pas se moucher avec violence. Le mieux serait de tamponner les narines à leur orifice ; en tous cas, on se mouchera, très doucement, une narine à la fois, pour éviter les phénomènes de compression et de chasse des sécrétions vers la trompe d'Eustache ?

L'introduction de grandes quantités de liquide en "douche nasale" doit être formellement prohibée. La natation, non pas pour ses risques de refroidissement, mais pour l'eau qu'elle introduit dans le nez et les conduits auditifs, les voyages en avion, pour les barotraumatismes qu'ils déterminent au niveau de l'oreille, sont à supprimer.

Mieux vaut naturellement ne pas fumer, car ce serait ajouter une nouvelle cause d'irritation à des muqueuses déjà très fragilisées.

Chez le nourrisson, qui ne peut se moucher, on peut utiliser le petit appareil d'ESCAT qui permet d'aspirer les sécrétions nasales. Les aliments sont souvent refusés par le petit malade, car la déglutition donne une sensation de suffocation

pénible. On saura donc faire précéder le biberon d'instillations décongestionnantes qui permettent pendant quelques instants une respiration libre. Chez le nourrisson, les pommades, qu'il faut savoir aspirer et déglutir, seront à éviter, de même que les médicaments à base de menthol, de cocaïne, de privine. Préventivement, des moyens de révulsion seront appliqués au niveau du thorax. Par des suppositoires on saura également prévenir une localisation bronchique de l'infection.

C'est surtout au point de vue lutte contre la virulence des germes pathogènes que l'on a par trop tendance à recourir aux antibiotiques, dont une fois encore on peut regretter la "vente libre". Il n'est que de consulter la liste des spécialités "antimicrobiennes" préconisées par des placards publicitaires pour se rendre compte que le public dispose de très nombreuses solutions, pommades et pastilles dont l'efficacité est possible, mais non prouvée, et qui surtout risquent de s'adresser aveuglément et uniformément à des infections de nature bactérienne fort diverse.

Les instillations sulfamidées sont irritantes, les aérosols et les instillations de pénicilline et d'autres antibiotiques ne paraissent indiqués qu'en fonction de de l'antibiogramme ; c'est dire qu'il s'agit déjà de complications, et non plus du coryza banal, qui ne semble pas justiciable d'armes aussi massives, à réserver aux cas plus sérieux.

Il n'en reste pas moins que le coryza est de nature infectieuse qui peut et doit être combattue, par des moyens appro-

priés, en particulier pour éviter les déterminations de voisinage et les complications infectieuses toujours possibles. Mais plutôt qu'aux antibiotiques, on s'adressera alors à des désinfectants polyvalents tels que les solutions de sels d'argent, argyrol, protargol à 1 pour 100 dans l'eau distillée, à utiliser en insuffillations ou en pulvérisations nasales. Certaines huiles eucalyptolées ou goménolées à 1 pour 50 ont fait la preuve de leur efficacité au moins subjective. On a préconisé les vaccins locaux, les bactériophages. Mais pour que ces moyens soient efficaces, il faut que soient connus les agents pathogènes en cause.

Quant au traitement palliatif général, il est banal, classique : repos à la chambre, au lit (mais le coryza banal ne s'accompagne pas de fièvre, et le malade n'accepte pas volontiers d'interrompre son activité). L'ingestion de boissons chaudes légèrement alcoolisées, de tisanes diurétiques, la prise de quinine et d'aspirine, assureront un état de bien-être non négligeable.

Le sommeil, perturbé par les phénomènes locaux d'obstruction, d'irritation, de sécheresse des muqueuses, pourra être provoqué par une petite dose de barbituriques : non seulement le sujet se trouvera bien d'une nuit calme et reposante, mais encore la muqueuse nasale elle-même connaîtra un répit avec suspension des manifestations locales.

° ° °

Le traitement palliatif, judicieusement répété, assure en somme de larges répit

prenant des apparences de guérison. C'est une manière habile de passer la phase la plus pénible et de gagner la période de déclin des phénomènes, et bientôt la guérison.

Cependant, des efforts ont été faits dans des directions fort diverses, dans le but de guérir, c'est-à-dire d'abrégé considérablement, le coryza banal. Depuis l'emploi des antibiotiques, on peut dire que la plupart d'entre eux ont été proposés dans cette indication.

G.A. CLARK, par exemple, intitule une étude parue en 1954 "traitement efficace du coryza banal". Cet auteur regrette qu'une affection aussi locale au départ soit trop souvent traitée par des mesures générales, sans succès d'ailleurs. C'est pourquoi il s'est adressé aux antibiotiques en gouttes et en pulvérisations. Le traitement consiste en applications locales d'une solution aqueuse contenant le sulfate B de polymyxine et de la bacitracine. On dissout dans l'eau distillée (5 cc) une tablette de polycine; la solution conserve son activité pendant plusieurs jours. Chaque tablette contient 8.000 unités de polymyxine B en sulfate et 400 U. de bacitracine. On instille 8 à 10 gouttes dans chaque narine en plaçant la tête dans différentes positions, afin que la solution gagne les différents points de la cavité nasale et du pharynx et on aspire violemment pendant plusieurs minutes afin que le médicament soit bien retenu au niveau des zones malades.

Le traitement est à répéter toutes les heures s'il y a lieu jusqu'à disparition des symptômes. Chez le nourrisson et le

jeune enfant, mieux vaut utiliser un pulvérisateur, également préféré par certains adultes. CLARK a traité plus de 300 malades qui ont été guéris le plus souvent en quatre ou cinq heures. Au maximum, le traitement a dû être poursuivi pendant quarante huit heures. Ce retard dans l'efficacité est dû au degré évolutif de la maladie, à la présence de trop grandes quantités de mucosités, à une mauvaise technique, à des anomalies de structure des voies nasales. Dès la suppression des manifestations locales, l'état général redevient normal, sans convalescence, ce qui semble assez surprenant. Pour CLARK, le coryza est bien une affection purement locale, nécessitant un traitement exclusivement local.

FINLAND, envisageant le traitement antibiotique des infections respiratoires aiguës et de la grippe, souligne que depuis l'ère antibiotique, il semble bien que des effets heureux aient été obtenus dans le coryza banal, mais jamais dans des conditions d'observation assez stricte pour que l'amélioration obtenue puisse être attribuée sans conteste au traitement. Par contre, dans les infections microbiennes aiguës les antibiotiques agissent avec régularité, en particulier lorsqu'il s'agit d'infections respiratoires aiguës et même dans des infections respiratoires aiguës qui ne paraissaient pas relever d'un germe pathogène donné. Les conclusions d'une vaste étude sur les maladies respiratoires aiguës sont pour FINLAND :

Aucun des antibiotiques actuels n'a fait la preuve de son efficacité indiscutable dans le traitement ou la prévention du coryza banal, non compliqué, ni dans les affections respiratoires aiguës non microbiennes. C'est pourquoi il est dé-

conseillé d'utiliser systématiquement les antibiotiques dans ces indications. Par contre, ils seront très utiles dans les complications microbiennes du coryza banal aigu.

En ce qui concerne l'efficacité ou la nocivité des solutions d'éphédrine, qui assurent un soulagement subjectif certain, N.D. FABRICANT a étudié expérimentalement les effets des pulvérisations de solution d'éphédrine tamponnée. Car le pH des sécrétions nasales intervient hautement en pathologie rhino-pharyngée ; dans les conditions normales, ce pH est de 5,5 à 6,5 chez l'adulte et de 5 à 6,7 chez le nourrisson et le jeune enfant. Au cours du coryza aigu, le pH nasal se déplace du côté alcalin, puis revient vers le côté acide à la phase clinique conduisant vers la guérison. Il est possible que l'hyperventilation rendue nécessaire par l'obstruction nasale soit responsable de ce déplacement du pH. En utilisant des solutions isotoniques d'éphédrine en pulvérisations endonasales, chez le lapin, l'étude histologique de la muqueuse traitée et de la muqueuse témoin a montré qu'avec la solution neutre il se produisait une réaction inflammatoire, ce que l'on attribue généralement aux solutions très acides ou très alcalines.

Des expériences analogues ont été faites chez l'homme. Au cours du coryza, nous l'avons vu, le pH se déplace vers le côté alcalin puis vers le côté acide lorsque s'amorce la guérison. Or pour influencer l'inflammation de la muqueuse il faut non seulement agir sur elle, mais aussi sur les sécrétions, qui normalement possèdent une barrière acide contre l'infection ; dès que le pH s'abaisse, les conditions devien-

nent défavorables à la prolifération microbienne. C'est pourquoi FABRICANT a cherché à influencer le pH endonasal non plus avec des solutions de vasoconstricteurs à pH très alcalin, ce qui perturbe le pH endonasal normal et retarde le retour du milieu pathologique à un état normal légèrement acide. Il a donc utilisé un vasoconstricteur légèrement acide, qui abaisse le pH anormalement alcalin au cours du coryza et par là devrait influencer favorablement l'évolution de l'affection. Mais il n'a pas apporté les preuves cliniques de cette influence favorable.

Très récemment, un groupe de chercheurs a tenté d'établir un rapport de causalité entre le taux d'acide ascorbique dans le sang et le traitement du coryza banal par ce même acide ascorbique. FRANZ et ses collaborateurs dans des recherches étendues, ont dû conclure que les flavones et l'acide ascorbique ne semblaient pas intervenir dans le coryza. Car l'administration de vitamine C et de flavones n'a pas modifié le taux vitaminémique C ni prévenu, ni guéri le coryza aigu banal.

H.E. TEBROCK et ses collaborateurs ont également recherché sur plus de 2.000 sujets si les flavones et la vitamine C, isolément ou en association, étaient susceptibles de modifier l'évolution du coryza banal ; les doses ont été d'un gramme de flavone et 200 mg de vitamine C. Les résultats pourtant obtenus avec beaucoup de rigueur, sont demeurés négatifs. Par rapport aux contrôles, aucune action n'a été obtenue sur les différents symptômes locaux ni sur leur durée.

Malgré de nombreuses recherches, on demeure donc assez désarmé en face d'une affection aussi bénigne que le coryza aigu banal. Cependant la fréquence de l'affection, son caractère fréquemment épidémique, le malaise général et local qu'elle détermine, font du coryza un problème médico-social non négligeable. Cause importante d'abstentéisme, motif fréquent de visites médicales, point de départ également de nombreuses complications plus sérieuses, on voudrait pouvoir disposer de mesures préventives, abortives ou curatives, vraiment efficaces. Actuellement, nous ne disposons guère que de moyens palliatifs qu'il faut savoir utiliser à bon escient ; le médecin a le devoir de soulager le malade, faute de quoi celui-ci choisira lui-même son traitement qui peut ne pas être inoffensif.

- V -

CONCLUSIONS

-:-

I.- Au seuil de notre carrière médicale, nous nous sommes demandé quelle attitude devait être prise en présence d'un coryza aigu banal, et aux questions que nous avons posées, il nous a été répondu très différemment.

II.- Cependant l'unanimité se fait d'une part sur les conséquences médico-sociales d'une affection très répandue, souvent épidémique, et qui peut être la cause d'un abstentéisme bref mais généralisé ou répété entraînant des perturbations sérieuses dans certaines activités ; affection qui par ailleurs est parfois le point de départ de complications plus sérieuses. C'est pourquoi on peut se demander quels sont les moyens dont nous disposons actuellement en tant que :

- traitement préventif,
- traitement abortif,
- traitement palliatif,
- traitement curatif du coryza aigu banal.

III.- En ce qui concerne le traitement préventif, il n'existe actuellement

pas d'immunisation efficace et durable protégeant contre le virus ; cependant celui-ci n'est pas seul en cause, et des facteurs individuels doivent être précisés pour chaque cas de coryza anormalement récidivant.

IV.- En ce qui concerne le traitement abortif, il existe semble-t-il des moyens physiothérapiques et chimiques efficaces ; mais ils ne sont pratiquement jamais appliqués, le malade ne consultant pas le spécialiste pour un coryza à son début.

V.- Le traitement palliatif est le seul vraiment au point : il permet de soulager transitoirement mais à répétition l'obstruction nasale, d'éviter ou de traiter les érosions narinaires et labiales, et par une expectative armée, d'intervenir à la moindre menace de complications infectieuses locales ou régionales.

VI.- Quant au traitement curatif, on peut reconnaître qu'actuellement il est inexistant. Les recherches se poursuivent, montrant l'importance que le clinicien attache à une affection banale mais qui comporte cependant assez d'inconvénients et de risques pour que l'on cherche à en atténuer les conséquences individuelles et sociales.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : AUBIN

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

- VI -

BIBLIOGRAPHIE

--:--

- J.M. BREWSTER
Antihistaminic drugs in therapy of
common cold
Industr. Med. XVIII p. 217-220 mai
1949
- H.D. BRODY
Ascorbic acid and the common cold,
studied opinion
Journ. Am. Diet. XXIX p. 588 juin 1953
- G.A. CLARK
Effective treatment for common colds
Nebraska Med Journ. XXXIX p. 480-483
nov. 1954
- DALLOZ-BOURGUIGNON
Le traitement des affections aiguës
du rhino-pharynx par la didromycine
bi-pénicilline injectable
Soc. Franç. Thérapeut. 16 juin 1954
- P.N. DESCHAMPS
Retentissement des infections de la
bouche et du rhinopharynx sur les af-
fections cardiovasculaires
Soc. Hydrol. Méd. Paris 9 fév. 1953

N.D. FABRICANT

Effect of progressively buffered
solution of ephedrine on nasal mucosa
Journ. Am. Med. Assoc. CLI p. 21-25
3 janv. 1953

M. FINLAND

Antibiotic treatment of acute respi-
ratory infections and influenza
New Engl. Journ. Med. oct. 1952

N. FOX, G.S. LIVINGSTON

Vaccinal immunization against common
cold
Arch. Otolaryng. L p. 406-416 oct.
1949

W.L. FRANZ, H.L. HEYL

Blood ascorbic acid level in bio-
flavonoid and ascorbic acid therapy
of common cold
Journ. Am. Med. Assoc. CLXII p. 1224-
1226 24 nov. 1956

J.R. JEHL

Non-viral factors in the cause of
common colds
Journ. Med. Soc. New Jersey p. 69-71
fév 1956 LIII

A. LEMARIEY

Traitement du coryza aigu
Presse Méd. LXI p. 218 18 fév. 1953

J.E. LOVELOCK, J.S. PORTERFIELD, A.T. RODEN

Further studies on natural transmission
of common cold
Lancet II p. 657-659 4 oct. 1952

P. MOLINERY

Retentissement des infections de la
bouche et du rhinopharynx en patho-
logie générale
Soc. Hydrol. Méd. Paris 9 fév. 1953

J.F. FORGE

Retentissement des infections de la
bouche et du rhinopharynx sur le rein
Soc. Hydrol. Méd. Paris 9 fév. 1953

H.E. TEBROCK, J.J. ARMINIO, J.H. JOHNSTON

Usefulness of bioflavonoids and
ascorbic acid in treatment of
common cold

Journ. Am. Med. Assoc. CLXII p. 1227-
1233 24 nov. 1956

G. VILENSEN

L'innocuité de la radiothérapie dans
les affections rhinopharyngées des
enfants et des nourrissons
8° Le François éd. Paris 1950

TABLE DES MATIERES

:-:-

	Pages
I.- Introduction	13
II.- Aspect médico-social	18
III.- Epidémiologie	20
IV.- Traitement	26
V.- Conclusions	39
VI.- Bibliographie	41

:-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

808